*Dodatek nr 1 do SIWZ*

**Zamawiający:**

Znak sprawy: **AZP.2411.25.2020.MM**

 Świętokrzyskie Centrum Onkologii ul. Artwińskiego 3
 25-734 Kielce

 Tel.041- 36-74-474

WYKONAWCA

Nazwa Wykonawcy / Wykonawców przypadku oferty wspólnej \*\*:

………………………………………………………………………

Adres: ……………………………………………………………

 Tel…………………………………………..

REGON ……………………………………

NIP …………………………………….

email ………………………….

W przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej umowę w imieniu firmy podpiszą:

………………………………………………………………………………………………………..

(imię, nazwisko, stanowisko)

Link do profilu nabywcy: [platformazakupowa.pl/pn/onkol\_kielce](http://platformazakupowa.pl/pn/onkol_kielce)

**Druk Oferta**

Przystępując do postępowania prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego, którego przedmiotem jest „**Zakup wraz z dostawą opatrunków : podstawowych, hemostatycznych, specjalistycznych, chłonnych; opatrunki do homeostazy o statusie leku; przylepce zastępujące nici chirurgiczne dla Apteki Szpitalnej Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach.** „

**nr sprawy: AZP.2411.25.2020.MM,** oferujemy wykonanie zamówienia w zakresie objętym Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia (SIWZ):

|  |
| --- |
| Pakiet nr 1- OPATRUNKI PODSTAWOWENetto................................ zł. słownie...................................................+ VAT.................................................Brutto ............................... zł. , słownie ................................................**Termin płatności - przelew do ……………………. /min. 30 – max 60 dni/ dni od daty wystawienia faktury.**Pakiet nr 2- OPATRUNKI DO HEMOSTAZY O STATUSIE LEKU ZAWIERAJĄCE FIBRYNOGEN I TROMBINĘ Netto................................ zł. słownie...................................................+ VAT.................................................Brutto ............................... zł. , słownie ................................................**Termin płatności - przelew do ……………………. /min. 30 – max 60 dni/ dni od daty wystawienia faktury.**Pakiet nr 3- JAŁOWY ZESTAW OPATRUNKOWYNetto................................ zł. słownie...................................................+ VAT.................................................Brutto ............................... zł. , słownie ................................................**Termin płatności - przelew do ……………………. /min. 30 – max 60 dni/ dni od daty wystawienia faktury.**Pakiet nr 4- OPATRUNKI SPECJALISTYCZNENetto................................ zł. słownie...................................................+ VAT.................................................Brutto ............................... zł. , słownie ................................................**Termin płatności - przelew do ……………………. /min. 30 – max 60 dni/ dni od daty wystawienia faktury.**Pakiet nr 5- OPATRUNKI RÓŻNENetto................................ zł. słownie...................................................+ VAT.................................................Brutto ............................... zł. , słownie ................................................**Termin płatności - przelew do ……………………. /min. 30 – max 60 dni/ dni od daty wystawienia faktury.**Pakiet nr 6- OPATRUNKI HEMOSTATYCZNENetto................................ zł. słownie...................................................+ VAT.................................................Brutto ............................... zł. , słownie ................................................**Termin płatności - przelew do ……………………. /min. 30 – max 60 dni/ dni od daty wystawienia faktury.**Pakiet nr 7- OPATRUNKI: OPASKI, RĘKAWY DZIANENetto................................ zł. słownie...................................................+ VAT.................................................Brutto ............................... zł. , słownie ................................................**Termin płatności - przelew do ……………………. /min. 30 – max 60 dni/ dni od daty wystawienia faktury.**Pakiet nr 8- JAŁOWE PRZYLEPCE Z OPATRUNKIEM CHŁONNYMNetto................................ zł. słownie...................................................+ VAT.................................................Brutto ............................... zł. , słownie ................................................**Termin płatności - przelew do ……………………. /min. 30 – max 60 dni/ dni od daty wystawienia faktury.**Pakiet nr 9- OPATRUNKI - PRZYLEPCE ZASTĘPUJĄCE NICI CHIRURGICZNE Netto................................ zł. słownie...................................................+ VAT.................................................Brutto ............................... zł. , słownie ................................................**Termin płatności - przelew do ……………………. /min. 30 – max 60 dni/ dni od daty wystawienia faktury.**Pakiet nr 10- OPATRUNKI - HEMOSTATYKI POWIERZCHNIOWE Netto................................ zł. słownie...................................................+ VAT.................................................Brutto ............................... zł. , słownie ................................................**Termin płatności - przelew do ……………………. /min. 30 – max 60 dni/ dni od daty wystawienia faktury.** |

1. Wg klasyfikacji przedsiębiorstw pod wzglądem wielkości nasza firma jest:

*mikro, małym, średnim, dużym przedsiębiorstwem*[[1]](#footnote-1).

1. Oświadczamy, że cena ofertowa w odpowiedniej części zamówienia zawiera wszystkie koszty wykonania zamówienia, które poniesie Zamawiający i w toku realizacji zamówienia nie ulegnie zmianie.
2. Oświadczamy, że uzyskaliśmy od Zamawiającego wszystkie niezbędne informacje dotyczące niniejszego zamówienia.
3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z SIWZ i akceptujemy określone w niej warunki oraz zasady postępowania.
4. Oświadczamy, ze zapoznaliśmy się ze Szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia i nie wnosimy do niego zastrzeżeń.
5. Oświadczamy, że w przypadku wyboru naszej oferty wyrażamy zgodę na realizację zamówienia w terminach określonych powyżej lub w przypadku braku takiego wskazania
w terminach określonych w SIWZ.
6. Oświadczamy, że przedmiot zamówienia wykonamy sami/z udziałem podwykonawców*[[2]](#footnote-2)* (podać pełną nazwę firmy) ………………………………………………………………………….. w następującym zakresie ………………………………..………
7. Oświadczamy, iż wybór naszej oferty prowadzi do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego na podstawie ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług
w zakresie ….….……….…….….…, o wartości netto ………….. złotych.**[[3]](#footnote-3)**
8. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w SIWZ,
tj. 60 dni od upływu terminu składania ofert.
9. Oświadczamy, że „Wzór umowy” stanowiący *Dodatek nr 4 do SIWZ,* został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wymienionych w nim warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.
10. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[4]](#footnote-4) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu[[5]](#footnote-5).
11. **Termin wykonania zamówienia:**

**24 miesiące od daty podpisania umowy.**

Termin realizacji zamówień jednostkowych w ciągu dwóch dni roboczych– zamówienia odbywać się będą faksem, sukcesywnie do potrzeb- realizacja dostaw w godz. od 7.00 do 14.00, w piątki do godz. 12,30.

Miejsce realizacji zamówienia – Apteka Szpitalna Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach.

Informujemy o wniesieniu wadium o wartości ………………………………:

w następującej formie: ..........................................
( w przypadku wadium wnoszonego w formie pieniądza prosimy o podanie Banku...............................................................................

Nr.....................................................................na które należy zwrócić pieniądze ) .

1. Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczamy, że załączone do oferty dokumenty opisują stan faktyczny i prawny na dzień sporządzania oferty (art. 297 Kodeksu Karnego).
2. Załącznikami do niniejszej oferty są:
* .......................................................................................
* .......................................................................................
* .......................................................................................
* .......................................................................................
1. Nasze dane kontaktowe:
* imię i nazwisko osoby do kontaktu: ………………………………………………..
* nr telefonu: ………………………….............................................................
* adres e-mail …………………………………………..........................................

...........................................

 Miejscowość, data

1. *niepotrzebne skreślić* [↑](#footnote-ref-1)
2. *wypełnić jeśli dotyczy* [↑](#footnote-ref-2)
3. *wypełnić jeśli dotyczy* [↑](#footnote-ref-3)
4. *rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku
z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).*  [↑](#footnote-ref-4)
5. *W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).* [↑](#footnote-ref-5)